

чали Амоксиклав 625 по 1 т х 3 р в день — 10 дней плюс Канефрон ®Н по 2 др х 3 р. в день. 75% пациенток получали Супракс® Солютаб® (цефиксим 400 мг) по 1т х 1 р в день — 7–10 дней совместно с Канефроном®Н. Частота нежелательных явлений у пациенток, принимавших цефиксим, была значительно меньше, чем у пациенток, принимавших Амоксиклав.

Наличие ИМП не является поводом для прерывания беременности у пациенток. Все

женщины, перенесшие острый пиелонефрит во время беременности или в послеродовом периоде, должны подвергаться детальному урологическому обследованию и находиться под диспансерным наблюдением уролога по месту жительства. Динамическое наблюдение за этими пациентками и своевременное назначение им адекватной антибактериальной терапии совместно с фитопрепаратами — залог успешного излечения.

К ВОПРОСУ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН

*И.М. Русинко¹, А.А. Здор¹, Н.Ю. Полион²,
В.Н. Краснов³, В.А. Леончик⁴, Г.В. Даниленко¹*

¹ КУ «ДГБ №12» ДГС

² ГУ «ДМА МЗ Украины»

³ КУ «Днепропетровская ОКБ им. Мечникова» ДОС

⁴ КУ «Новомосковская ЦРБ» ДОС

Проблема профилактики, ранней диагностики и лечения опухолей наружных половых органов у женщин содержит в себе ряд парадоксальных положений. Несмотря на то, что данная локализация рака относится к разряду «визуальных», преимущественное число пациенток (более 66%) поступают на лечение с III–IV стадиями заболевания. Более того, у большинства пациенток развитию злокачественной опухоли предшествуют состояния и заболевания, имеющие ярко выраженную симптоматику (старческая атрофия вульвы, склеротический и атрофический лишай, крауроз и лейкоплакия вульвы), что, казалось бы, должно создавать предпосылки не только для своевременной ранней диагностики, но, самое главное, вторичной профилактики рака. По сути дела рак наружных половых органов — это злокачественная опухоль кожи, локализованная в известной анатомической зоне. Однако в биологическом отношении эти две локализации рака чрезвычайным образом отличаются друг от друга как по клиническому течению, так и по отдаленным результатам излечения. Больные раком наружных половых органов — это в основном пожилые пациентки с сопутствующими заболеваниями.

В настоящее время имеются прямые доказательства (серологические и молекулярно-биологические) роли вирусной инфекции в этиологии плоскоклеточного рака вульвы. При дан-

ной опухоли часто обнаруживают вирус человеческой папилломы типа 16, 18, 31 и 33, а также герпеса. Отмечено нередкое сочетание рака вульвы с остроконечными кондиломами.

В начальных стадиях больные отмечают зуд и жжение в области наружных половых органов. Боли присоединяются позднее и имеют место при прорастании опухоли в подлежащие ткани, преимущественно при ее локализации в области клитора. Новообразование может представлять собой бугристое разрастание, кровоточащее при прикосновении, или плотный узел, плоскую язву с неровным дном и валикообразными краями. В ряде случаев на поверхности наружных половых органов образуются разрастания типа кондилом, злокачественный характер которых на ранних стадиях установить не всегда удается.

Метастазирование происходит в основном лимфогенным путем благодаря обилию в этой области кровеносных и лимфатических сосудов.

Регионарными для рака вульвы являются поверхностные и глубокие паховые лимфоузлы, а также лимфоузлы, расположенные по ходу бедренных сосудов и преимущественно в верхнем отделе бедренного канала. При поражении опухолевым процессом клитора возможно метастазирование в наружные подвздошные лимфатические узлы таза без поражения поверхностных паховых лимфатических узлов. Метастатические узлы имеют округлую форму, плотную консис-

тенцию и по мере роста превращаются в неподвижный конгломерат, интимно спаянный с подлежащими тканями. Кожа над конгломератом изъязвляется, выпячивается, становится неподвижной.

Большое значение имеет цитологическое исследование мазков-отпечатков с поверхности изъязвления и мазков, приготовленных из соскобов с подозрительного участка слизистой вульвы. Окончательный диагноз устанавливается с помощью гистологического исследования биоптата, взятого из наиболее измененного участка ткани.

Подавляющее большинство больных сами обнаруживают у себя на вульве новообразование, однако треть из них впервые обращаются к врачу через 10–24 месяца с момента выявления узелка или язвочки. Основными причинами потери времени при самообнаружении опухоли являются неосведомленность пациенток о характере заболевания, надежда их на самоизлечение или ссылка на занятость либо семейные обстоятельства. Из-за недооценки тяжести заболевания и пренебрежения рекомендациями врачей значительная часть больных раком вульвы начинает лечение с опозданием на много месяцев.

Злокачественные опухоли наружных половых органов (рак вульвы) занимают четвертое место среди всех локализаций гинекологического рака у пациенток старшего возраста (после 60 лет). Чаще всего рак вульвы поражает клитор, большие половые губы, реже — малые половые губы, уретру, бартолиниевые железы.

По форме роста различают:

- экзофитный рак клитора — эта разновидность визуально выглядит как узелок, возвышающийся над поверхностью кожи или слизистой оболочки;

- эндофитный рак клитора — проявляется в виде образования язвы, с кратерообразными, плотными краями;

- диффузный рак клитора — проявляется в виде повсеместного уплотнения (инфильтра), т.е. опухоль распространяется как бы в толще тканей.

В зависимости от распространенности рак клитора делится на четыре стадии и карцинома *in situ* (поверхностный рак).

По гистологическому строению:

- плоскоклеточный ороговевающий рак (в 90% случаев);

- неороговевающий;
- базальноклеточный;
- аденокарцинома;
- меланобластома.

Основными симптомами и признаками рака клитора являются:

- появление опухолевидного образования с дальнейшим изъязвлением;

- зуд в области промежности и наружных половых органов;

- водянистые выделения из влагалища и язвы;

- кровотечение при травматизации опухоли во время расчесывания.

Подавляющее большинство женщин сами обнаруживают новообразование в области наружных половых органов. Однако только треть из них впервые обращаются за медицинской помощью через 10–12 месяцев с момента обнаружения уплотнения или язвочки.

Под нашим наблюдением находилось пять пациенток в возрасте от 36 до 73 лет с раком клитора и длительностью заболевания — от 3 до 10 лет, направленных к нам гинекологами с диагнозом «трофическая язва клитора и множественные полипы уретры». При осмотре у всех пациенток обнаружены изъязвления в области клитора с перифокальным воспалением, частичного воспаления больших и малых половых губ, наличие множественных полипов уретры. У двух пациенток обнаружено кратерообразное втяжение на месте клитора с язвой на дне и твердыми стенками. Пациенткам выполнена цистоскопия, УЗИ почек, лимфоузлов забрюшинных, малого таза и пахово-подвздошных, КТ органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза с болюсным контрастированием. При цитологическом исследовании участков изъязвления обнаружены атипические клетки. Во всех случаях проведено оперативное лечение — широкая электрорезекция тканей в зоне поражения с отступлением на расстояние 2 см от края поражения с частичным иссечением больших и малых половых губ, электрорезекция полипов уретры с дренированием мочевого пузыря катетером Фолея сроком до пяти суток. В двух случаях произведено удаление паховых лимфоузлов с обеих сторон. Послеоперационное течение гладкое. Швы сняты на 9–10-е сутки. Раны зажили первичным натяжением. Гистологическое заключение — плоскоклеточный ороговевающий рак. Гистологическое заключение удаленных полипов уретры: в трех случаях — полипы с хроническим воспалением, в одном случае — карункулы уретры.

Наблюдалась одна пациентка с меланомой больших половых губ без метастазирования. Па-

пациентке выполнена резекция больших и частично малых половых губ.

В послеоперационном периоде все пациентки направлены к онкогинекологу для дальнейшего лечения.

Одна пациентка с раком клитора и множественными метастазами в бедренные, паховые, забрюшинные лимфоузлы и легкие с изъязвлениями в области бедренных и паховых лимфоузлов с выраженной раковой интоксикацией находятся на паллиативном лечении в терапевтическом отделении КУ «ДГБ №12» ДГС.

Рак клитора не является быстротечным заболеванием. У большинства пациенток он формируется на фоне предраковых заболеваний в течение 7–9 лет.

Благодаря доступности наружных половых органов женщин для визуального исследования и проведения специальных методов диагностики возможно выявление рака на ранних стадиях заболевания, что обеспечивает успех в лечении.

Все женщины, впервые посетившие амбулаторный прием у уролога и гинеколога, должны быть осмотрены на кресле.

ПОЛОЖЕНИЕ НА СПИНЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОТЯГОЩЕННОЙ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Ю.В. Роцин, С.П. Форостына, И.М. Комисаренко

Донецкий национальный медицинский университет

Введение. Одной из наиболее частой урологических патологий встречающиеся у населения является мочекаменная болезнь (МКБ). В Украине заболеваемость среди взрослого населения составляет до 12% среди общей популяции. В урологической практике мочекаменная болезнь занимает до 40% среди имеющихся патологий. В современной урологической практике выборе метода лечения конкрементов почки, наиболее часто отдаются предпочтения малоинвазивным методикам. К ним относится дистанционная ударно-волновая литотрипсия и контактная литотрипсия. Ввиду особенностей заболевания наиболее часто применяемый метод является перкутанная контактная литотрипсия.

Цель работы: изучить возможность применения положения на спине при проведении перкутанной нефролитотрипсии у пациентов с отягощенным анамнезом и сопутствующей патологией.

Материалы и методы. На базе КНП «городская больница № 2» г. Краматорска, урологического отделения, кафедре урологии Донецкого медицинского университета за период 2018–2019 год было выполнено 198 контактных перкутанных нефролитотрипсий, при различных видах конкрементов почки. Для проведения операции использовались нефроскоп 24 см., видеоэндоскопическая стойка, набор стандартных грасперов, промывная жидкость, кон-

тактный литотриптор MS Swiss LithoClast Master, Доступ осуществлялся при помощи УЗИ и рентгенконтроля по методики Сильдингера. Исследуемая группа включала 8 пациентов, у которых доступ и операция осуществлялась в положении на спине, в данную группу входили пациенты с избыточной массой тела, выраженной сердечной и легочной недостаточностью. Контрольная группа включала 190 пациентов, операция у которых проводилась в стандартном положении на животе с подкладыванием валика.

Результаты. Нами проанализировано 198 случаев контактной перкутанной литотрипсии конкрементов почек. Исследуемая группа составила 8 (15,8%) пациентов, контрольная группа составила 190 (84,2%) пациентов. При исследовании результатов выявлено: средний койкодень составил $4 \pm 1,3$ дня в обеих группах. Достоверных различий в общем времени операции, наличии инфекционно-воспалительных осложнений, послеоперационном периоде не выявлено. Гематрансфузия в исследуемых группах не проводилась, в контрольной группе в 5 случаях требовалось переливание крови.

Выводы. Не стандартное положение пациента в положении на спине безопасно и может быть использовано при дроблении камней почек у больных, страдающих мочекаменной болезнью.